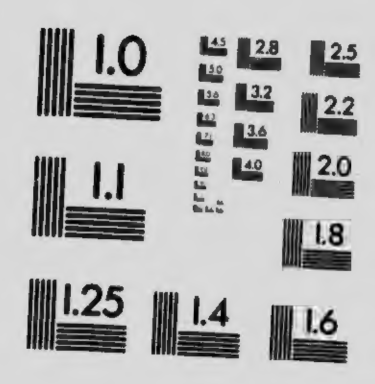
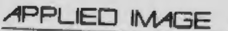
MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)







1653 East Main Street
Rochester, New York 14609 USA
(716) 482 - 0300 - Phone
(716) 288 - 5989 - Fax

PARMI LES TOMBES

PAR

Le Docteur COYTEUX - PREVOST

Chirurgien de l'hôpital Saint-Luc, Ottawa

Publication de l'UNION MEDICALE DU CANADA — mars, 1904.

PARMI LES TOMBES[1]

Par le Docteur COYTEUX-PREVOST,

Chirurgien de l'hopital Saint-Luc, Ottawa.

En recevant de votre Société l'aimable invitation de venir lecturer devant elle, je me suis senti pénétré d'un vif sentiment d'orgueil à la pensée de me voir ainsi choisi parmi tant d'autres, certes bien plus dignes que moi de cet honneur. Dans un élan de gratitude et de fierté, la première idée qui a surgi dans mon cerveau fût de répondre à votre appel par un véritable chef-d'œuvre de littérature; mais, heureusement je me suis ravisé. Je connais ceux qui composent la Société médicale de Montréal, me suis-je dit, ce sont des travailleurs, des hommes sérieux. Ils ne tienent nullement à ce que l'on prodigue purement des caresses à leur tympan, c'est un aliment substantiel pour l'intelligence qu'ils désirent pardessus tout; ce sont des faits et non pas des mots qu'ils réclament.

Alors, offrons-leur le récit des cures éclatantes que nous avons opérées par le traitement habile que nous avons mis en œuvre; les résultats merveilleux obtenus au moyen de notre incomparable thérapeutique; établissons notre incontestable supériorité par le déploiement de statistiques éblouissantes.

Mais, un tel sujet serait de la plus désespérante banalité! ces choses-là, on les lit tous les jours un peu partout.

Puis, quel profit retireraient, de l'énumération plus ou moins fastidieuse de ces succès personnels, mes auditeurs familiarisés depuis longtemps avec ces résultats ordinaires qui couronnent, dans la majorité des cas, les efforts de ceux qui font de la chirurgie? L'avantage évidemment serait pour moi seul, tendant à prouver que je suis un grand homme. Mais cela, qui en doute?... tout le monde le sait!... Alors, à quoi bon?...

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 22 mars 1904.

Non, j'ai cru infiniment plus utile de vous parler de mes désastres. Il faut du courage, je le sais bien, pour oser ainsi faire l'aveu public de ses fautes. Mais, nous sommes en famille, mes amis, et je suis aussi sûr de votre discrétion que de votre indulgence. C'est donc, sans la moindre appréhension, que je vous invite à m'accompagner dans le royaume des morts où reposent à jamais quelques-uns de ceux qui, ayant cru devoir confier leur santé et leur existence entre mes mains, ont néanmoins succombé, victimes de la chirurgie ou du chirurgien.

Certes, nous avons droit de nous enorgueillir des progrès immenses réalisés dans les sciences médicales durant les vingt-cinq dernières années qui viennent de s'écouler. Le bistouri du chirurgien, surtout, rend tous les jours à la vie des milliers d'êtres humains que la mort touchait déjà de son aile, et, si les hommes du milieu du siècle dernier se trouvaient subitement transportés dans nos somptueux amphithéâtres, ils seraient émerveillés à la vue des audaces que se permet aujourd'hui la chirurgie contemporaine.

Mais, ces brillants résultats, que nul ne saurait désavouer, n'ont pas été obtenus sans peine, et ce resplendissant tableau cache un revers où gisent bien des échecs et bien des regrets!... Que voulez-vous?... La chose est inévitable; c'est toujours l'éternelle antithèse qui préside aux destinées des hommes et des choses ici-bas; c'est par la foudre que l'atmosphère retrouve sa pureté; le malheur et les larmes rendent à l'âme la sérenité qu'elle avait perdue; la paix naît de la guerre et la vie germe dans la mort.

Nos échecs sont bien déplorables, j'en conviens, et laissent dans notre mémoire de pénibles souvenirs que le temps ne parvient pas toujours à effacer. Mais, en fin de compte, c'est le reste de l'humanité qui profitera des tortures morales du chirurgien, rendu plus prudent par l'épreuve et assagi par l'expérience. La révolution subie par la chirurgie, depuis un quart de siècle, a rendu inévitable la nécessité redoutable de la léthalité dans les grandes opérations abdominales, mais de ce mal relatif devra naitre le bien; quel incendie à éteindre n'exige la part du feu?

* * *

Je ne veux pas prolonger ce préambule: j'aurais l'air de vous offrir par anticipation une pièce justificative. Pénétrons plutôt sans tarder dans ce cimetière, où j'ai bien souvent promené seul mes regrets et mes soupirs!...

I. — Ici, à gauche en entrant, repose le corps d'une pauvre femme âgée de 38 ans, qui succomba une semaine après une simple myomectomie. Petit fibrome situé sur le côté droit de l'utérus. Laparotomie; enucléation facile; fermeture de l'abdomen. Puis, septicémie; mort le treizième jour. Autopsie: L'utérus est entouré par une collection de pus épais, de couleur rosée. A peine trace d'inflammation du côté du péritoine.

Pourquoi cette terminaison fatale à la suite d'une opération si simple? J'en ai pratiqué bien d'autres myomectomies depuis, quelques-unes même sur des utérus gravides; tout s'est passé le plus naturellement du monde, sans interruption du cours de la grossesse. Oui mais, à cette époque, je faisais mes premières armes dans la chirurgie abdominale. J'opérais dans un milieu où tout était à faire. Seul à la tête d'un service chirurgical composé d'un personnel inexpérimenté, j'étais forcé de tout surveiller moi-même: assistance, ligatures, pièces de pansement. Il n'est pas étonnant que quelques streptococques aient profité de ces conditions pour s'insinuer furtivement dans le champ opératoire et y semer l'infection et la mort. A mesure que les circonstances dans lesquelles je me suis trouvé placé sont devenues plus favorables, ce genre d'accidents a de plus en plus perdu de sa fréquence, et aujourd'hui, une infection septique post-opératoire dans ma pratique, soit hospitalière soit privée, est tout un événement qui ne se rencontre qu'à de très-longs intervalles.

Cependant, quoi que l'on fasse, et malgré toutes nos précautions, dans mon humble opinion, nous ne serons jamais absolument à l'abri de ces complications si redoutables qui, à elles seules, sont presque exclusivement responsables de la mortalité qui suit les interventions dans la cavité abdominale. Une

opération métaphysiquement aseptique est un mythe, et l'ouverture de l'abdomen, quelles que soient les conditions dans lesquelles elle s'effectue, doit toujours être considérée de la part du chirurgien comme un défi auquel l'organisme du malade est chaque fois susceptible de répondre par un désastre. Il ne saurait en être autrement. Mettant de côté les fautes de technique, les erreurs grossières contre les règes élémentaires de l'antisepsie, où alors le chirurgien reçoit le juste châtiment que sa négligence et son impéritie méritent, dans le cours d'une laparotomie même le plus régulièrement conduite, il existera toujours quelques issues qui échappent entièrement à notre contrôle et par où pénètreront des germes pathogènes. Jamais on ne referme un ventre laparotomisé sans que l'on y renferme un plus ou moins grand nombre de microbes qui, s'ils se trouvent dans des conditions favorables à leur développement, nous ménagent de bien désagréables surprises.

C'est une profonde erreur de croire que les mille précautions dont nous nous entourons, avant et pendant l'opération nous protègent entièrement contre l'accès de ces germes malfaisants. Outre la souillure fortuite —toujours possible — qui aurait pu contaminer, à notre insu, une pièce de pansement, une ligature, un instrument, sommes nous bien sûrs, par exemple, de l'asepsie parfaite des mains de l'opérateur et des assistants? Vous connaissez les expériences de Furbringer et d'autres à ce sujet, et vous savez combien il est difficile d'obtenir la pureté chirurgicale absolue des mains du chirurgien et du ventre de l'opérée.

Puis, l'air ambiant, est-il toujours inoffensif? Dans le début de l'ère antiseptique, Lister n'opérait jamais que dans un nuage de pulvérisations phéniquées afin de se prémunir contre les micro-organismes contenus dans l'atmosphère. Il a depuis, il est vrai, abandonné cette pratique et il a peut-être raison. Cependant, laissez filtrer dans une chambre quelconque, un rayon de soleil et vous constaterez aisément que nous respirons, vivons et opérons littéralement dans un bain de poussières dont chaque atôme est le véhicule de myriades de germes plus ou moins pathogènes qui pénètreront sans entraves dans l'abdomen grand'ouvert de l'opérée.

La bouche même de l'opérateur peut dans certains cas jouer un rôle important dans l'introduction des agents infectieux dans la cavité abdominale. Vous vous rappelez la série d'expériences entreprises par Hubener à la Clinique de Mikulicz? Sur une table qui devait figurer la table d'opération, il disposait en forme de croix quatre boites de Pétri. L'auteur, placé à 50 centimètres environ de la boite la plus rapprochée, a parlé, tantôt à voix basse, tantôt à voix ordinaire. Ces expériences ont montré que dans tous les cas et surtout quand on parlait à haute voix, des cultures se développaient dans les boites de Pétri et que ces cultures étaient particulièrement abondantes dans les boites les plus rapprochées de la bouche.

Ces considérations démontrent que, quels que soient les moyens aseptiques ou antiseptiques auxquels ont aît recours, des germes s'insinueront infailliblement dans la cavité abdominale ouverte et, si la contamination produite par leur présence n'est pas dans tous les cas suivie d'accidents, c'est que leur action est paralysée par les moyens de défense de l'organisme, pourvu que celui-ci jouisse de son intégrité normale et que le nombre et la virulence de ces micro-organismes ne soient pas exagérés.

De là la nécessité impérieuse d'examiner et d'assurer les conditions de résistance de l'opéré pour lui permettre de sortir victorieux de la lutte qu'il aura à subir. De là, aussi, les appréhensions que fait toujours naître une opération pratiquée chez un malade dont l'état moral ou physique laisse plus ou moins à désirer, toutes choses égales d'ailleurs.

Malheureusement, chez certains sujets, les apparences sont bien trompeuses et des accidents septiques font quelquefois périr des opérés, offrant avant l'opération un état de santé en apparence des plus favorables, mais chez qui existait dans les rouages de l'organisme, un défaut de résistance impossible à prévoir.

C'est dans ce même ordre d'idées que j'explique la fièvre traumatique qui suit invariablement toute opération grave, sans qu'il soit nécessaire de recourir, comme le veulent certains auteurs, à l'hypothèse d'une absorption de principes

fibrogènes, etc. Je crois plutôt que dans les premiers jours qui suivent l'opération, l'organisme momentanément sidéré par le traumatisme chirurgical, devient la proie des germes introduits ou même préexistants dans l'intimité de ses tissus, traduisant sa souffrance par une élévation de température. Seulement, la lutte tourne bientôt à son avantage, les germes sont mis hors de combat; la fièvre disparait et tout rentre dans l'ordre. En d'autres termes, c'est une infection autochthone, un commencement de septicémie que les moyens de défense dont est physiologiquement armé le corps humain font avorter.

* * *

II. — Vous est-il déjà arrivé de perdre une opérée à la suite d'*hémorrhagie secondaire?* Les deux tombes que voici réveillent sous ce rapport dans ma mémoire de bien cuisants souvenirs!

J'ai lu souvent le récit d'opérés ayant succombé à une hémorrhagie causée par le glissement d'une ligature. La possibilité d'un accident de ce genre me faisait sourire. Comment une telle bévue pouvait-elle être commise? Ce n'est certes pas à moi que pareille chose arriverait jamais! Pour me servir du langage du petit catéchisme: je présumais de moi et je me préférais aux autres. L'expérience ménageait à mon orgueil un bien cruel châtiment! Dans le mois de février 1899, j'opérais une jeune femme de trente ans; simplement l'ablation bilatérale des annexes. Ligature des pédicules au catgut, soigneusement appliquées. Peu de temps après le réveil anesthésique, l'opérée présenta tous les signes d'une hémorrhagie interne: face pâle, exsangue; pouls fréquent, filiforme. Malheureusement, certaines circonstances ne me permirent de me rendre auprès de la malade que plusieurs heures après le début des accidents. Je la conduisis rapidement sur la table d'opération, je fis sauter les sutures; l'abdomen était rempli de sang et les deux ovariennes, toutes les deux, veuves de leurs ligatures, saignaient abondamment. Je les liai de nouveau, très fortement cette fois, ai-je besoin de le dire? Je mis tout en œuvre pour ranimer la malade: infusion saline, injections

sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée; bandages autour des membres et le reste, rien n'y fit; elle mourut dans la nuit. Pauvre femme! Pourtant, j'avais, je vous l'assure, apporté le plus grand soin en pratiquant l'hémostase. Vous m'accorderez, je l'espère, assez d'expérience et d'intelligence pour connaître à fond tous les détails techniques en pareille matière; alors, quelle garantie ai-je contre la récidive d'un pareil accident dans l'avenir?

L'an dernier, je fixais un rein droit mobile chez une femme de quarante ans. Elle repose à côté de celle dont je viens de vous rapporter l'histoire. Comme cette malade souffrait aussi de pelvi-péritonite, j'ouvris dans la même séance l'abdomen et détachai de nombreuses adhérences. Au réveil de l'anesthésie, tout allait bien et, à l'exception de quelques douleurs épigastriques immédiatement soulagées par l'application d'un sinapisme, l'après-midi se passa dans un calme parfait. Vers 8 heures du soir, le pouls devint subitement imperceptible. La malade se plaignait d'une vive douleur dans le membre inférieur droit. Bientôt la face pâlit; soif ardente; agitation accompagnée de délire. Tous les efforts que nous fîmes pour conjurer ces symptômes demeurèrent stériles; vers la fin de la soirée, elle rendit le dernier soupir.

Vous me demanderez peut-être pourquoi, dans ce cas-ci, je ne me suis pas empressé de rouvrir l'abdomen? Purement parceque je n'étais pas entièrement convaincu qu'il existât quelque part une hémorrhagie interne. Et si cette hémorrhagie existait, siègeait-elle dans le rein ou bien dans l'abdomen? D'ailleurs, je vous avouerai, sans que je puisse exactement définir ce que je veux dire, que l'habitude extérieure de mon opérée ne ressemblait pas absolument à celle que l'on observe ordinairement chez une malade en proie à une hémorrhagie. N'était-ce pas plutôt du choc opératoire? J'hésitais. Pris dans cette alternative, vous concevez combien est embarrassante la position du chirurgien. Si les symptômes sont attribués à l'hémorrhagie alors qu'ils sont dus au choc opératoire, la réouverture de l'abdomen sera sûrement suivie d'une terminaison fatale. Si, d'un autre côté, en présence d'une hémorr-

hagie que vous méprenez pour le choc opératoire, vous croyez devoir recourir au moyen héroïque et si efficace de la transfusion, vous tuerez la malade dont les artères sont ouvertes. Malgré la description du diagnostic différentiel de ces deux complications que nous lisons un peu partout, je vous affirme moi, que, dans certains cas, la situation du chirurgien est des plus perplexes, et le plus sage à mon avis, est de se retrancher dans une abstention, pénible il est vrai, mais qui a, au moins, le mérite de nous épargner le regret d'avoir contribué à la catastrophe.

* * *

III. — Continuons toujours notre lugubre promenade dans l'empire des morts.

Ci-gisent les victimes de l'*hystérectomie vaginale et abdominale;* onze cercueils!

Vous voudriez bien, j'imagine, que je vous dise le total des hystérectomies que j'ai pratiquées, afin de connaitre le pourcentage de ma léthalité? Je me garderai bien de me rendre à votre désir; les lois qui ont l'honneur de me régir accordent à tout sujet britannique le privilège de ne jamais s'incriminer. Il sera d'ailleurs bien plus intéressant pour vous d'ouvrir avec moi quelques-uns de ces tombeaux, pour prendre connaissance des circonstances qui ont fermé à jamais les yeux des trépassées qu'ils renferment.

Voyez-vous ce tertre, conservant encore les vestiges desséchés des fleurs pieusement déposées par la main de son vieux père? Il recouvre le corps d'une jeune fille de 26 ans, opérée pour un fibrôme de l'utérus. Hystérectomie abdominale subtotale. Opération rapide et régulière, n'offrant pas la moindre difficulté. Excellente santé antérieure. Morte le sixième jour, de septicémie, dont la cause est toujours restée absolument inconnue. C'est un de ces cas où tout faisait prévoir une convalescence sans entraves et où la fatalité est venue brutalement ravir toutes nos espérances.

Pauvre enfant! Qu'elle repose en paix!

Voici maintenant une autre victime de l'intoxication septique. · Cette mort est un éclatant exemple de la justesse des considérations que je vous offrais tout à l'heure, sur l'importance de l'intégrité relative de l'organisme chez une malade qui doit subir une opération grave. Cette femme, âgée de 42 ans, s'est présentée à l'hôpital, pour se faire débarrasser d'une large tumeur fibreuse de l'utérus. Des hémorrhagies successives l'avaient profondément anémiée; la face était pâle; l'examen hématologiques indiquait deux millions et démie d'hématies et 25% d'hémoglobine.

Je refusai d'opérer avant que son état général fût devenu plus satisfaisant. Après plusieurs semaines d'un régime fortifiant, aidé d'un traitement reconstituant, jugeant les circonstances favorables malgré une anémie encore très accusée, je pratiquai l'hystérectomie abdominale. Dès le lendemain de l'opération, le pouls devint fréquent, misérable; la température s'éleva graduellement pour atteindre 105° le quatrième jour, et la malade s'éteignit, après avoir présenté tous les signes de la plus profonde intoxication septique.

Morale: — Chez les malades offrant une anémie telle, que l'on serait presque tenté de lui attribuer un caractère pernicieux, quelle que soit l'apparence bénigne des symptômes subjectifs, refusez toute opération majeure sous peine de courir à un désastre.

— Je vous présente ici un groupe composé de trois hystérectomisées qui, toutes les trois, ont choisi la même porte pour passer de vie à trépas. Toutes les trois ont également guéri de leur opération et, subitement, sans crier gare, elles ont été emportées par une embolie.

Voici en deux mots leur histoire:

No 1. — Catherine B... 49 ans. Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale. Opération facile, sans la moindre complication. Convalescence normale. Le neuvième jour, vers trois heures de l'après-midi, elle devint subitement très pâle, paraissant ménacée de syncope. Le pouls était fort, régulier, mais la respiration génée, laborieuse. Elle se plaignit de vives douleurs sous-sternales, et vingt minutes à peine après le début de ces symptômes, elle cessa de respirer. 2

No 2. — Miss Scott. Je la nomme, parceque ce nom rappellera peut-être à quelques-uns d'entre vous un souvenir homonyme qui est loin d'être empreint de tristesse. Miss Scott, 40 ans. Hystérectomie pour fibrome. Tout se passa naturellement jusqu'au treizième jour alors qu'elle fût prise d'une violente céphalalgie. Le lendemain, profonde stupeur; hémiplégie du côté droit, déviation conjuguée des yeux; selles involontaires. Ces symptômes persistèrent une couple de jours et se terminèrent finalement par la mort.

No 3. — Madame W... 44 ans. Fibrome. Hystérectomie abdominale. Le 26ème jour, apparition d'une phlegmasia alba dolens du côté gauche. Cette complication suivit son cours ordinaire quand, au bout d'une couple de semaines, survinrent des troubles gastriques accompagnés d'urticaire. Des vomissements presque incoercibles tourmentèrent la malade pendant plusieurs jours. Après s'être calmés momentanément, ces vomissements reparurent avec plus d'intensité que jamais et résistèrent à tous les anti-émétiques imaginables. Finalement, le lavage de l'estomac apporta un soulagement considérable. Un matin, pendant que le lavage était pratiqué comme les jours précédents, la malade se rejeta subitement en arrière et, au bout de quelques secondes, elle était morte.

Est-ce bien une embolie ici qui a causé la mort? La phlébite préexistante rend cette supposition plus que plausible. Cependant, ne pourrions-nous pas incriminer le lavage de l'estomac? Par quel mécanisme? je l'ignore, mais nous trouvons des faits de ce genre cités par quelques auteurs. Ainsi, Roux affirme avoir vu plusieurs fois des patients, atteints d'iléus, succomber immédiatement après un lavage d'estomac, sans qu'il y eût un accident quelconque.

Il me semble que j'ai été, moi, témoin plus souvent qu'à mon tour, d'accidents emboliques post-opératoires. Ainsi, encore j'avais enlevé un jour un carcinôme de la mamelle chez une vieille femme âgée de 68 ans. Elle demeura plusieurs semaines dans mon service et se préparait finalement à le quitter, quand, en s'éveillant un matin, elle fut subitement prise de suffocation, de raideur convulsive des membres, et mourut

presque aussitôt sans que rien du côté du cœur pût faire supposer que la mort fût d'origine cardiaque.

L'embolie est la conséquence d'une thrombose, vous le savez tous. Or, la thrombose, suivie ou non d'embolie, est plus commune qu'on ne pense à la suite des opérations chirurgicales, surtout celles qui sont pratiquées dans la cavité pelvienne

C'est parfois une simple phlébite aseptique, évoluant sans fièvre, et due à une altération quelconque dans la composition du sang. La moindre cause aidant, les coagulations intra-vasculaires deviennent alors très-faciles. La dilatation des veines, comme par exemple dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, l'éraillement des parois des vaisseaux sanguins durant les manœuvres qu'emploie le chirurgien pour énucléer la tumeur, la ligature, la piqûre des paquets vasculaires par l'aiguille, toutes ces lésions traumatiques sont susceptibles d'agir comme cause provocatrice de la thrombose. Mais, dans la grande majorité des cas, c'est l'infection qui est le plus puissant facteur des coagulations vasculaires. Malgré toutes les précautions prises, comme je l'ai déjà dit, l'asepsie ne saurait être parfaite; un fil peut s'infecter; l'infection peut venir du voisinage, de l'intestin, par exemple. Or, qu'une veine soit tiraillée, lésée, éraillée, aussitôt elle se trouve en état d'infériorité au point de vue de l'envahissement des agents pathogènes; l'infection, quoique réduite au minimum, peut néanmoins aboutir à la formation d'un thrombus.

Qu'une partie du caillot se détache et soit entraîné par le courant circulatoire, il ira se loger dans une bifurcation de l'artère pulmonaire et produira la mort subite par embolie. Mais, dans l'absence de cette complication, la thrombose peut néanmoins exister et constituer une menace perpétuelle de ce redoutable accident.

Possèdons-nous quelques moyens qui nous permettent de reconnaître ou de soupçonner ces thromboses cachées? Michel, chef de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Nancy, indique, comme symptôme important, la fréquence graduellement ascendante du pouls pendant la convalescence qui suit l'opération, alors que la température demeure nor-

male ou à peu près. Wyder partage cette opinion et dit que, lorsqu'on observe une augmentation du pouls après les premiers jours de l'opération, alors que les dangers d'infection sont déjà à l'arrière-plan, sans élévation de température, pendant un bien-être relatif ou complet, en un mot sans cause appréciable, l'attention du médecin doit être attirée sur ce symptôme qui plaide pour une thrombose cachée ou manifeste.

Mon expérience personnelle, sur ce sujet, diffère de celle des auteurs que je viens de citer et, dans aucun des quatre cas d'embolie que j'ai rencontrés, je n'ai constaté cette allure caractéristique du pouls. Néanmoins, j'ai voulu porter à votre connaissance les prétentions de ces observateurs afin que s'il vous était donné d'observer cette fréquence du pouls chez des malades où les conditions dont j'ai parlé plus haut existent, vous prissiez des précautions qui dégageraient d'autant votre responsabilité de chirurgien.

— Vous voyez ici dans un coin, toujours dans le même enclos, quatre tombes portant la même inscription : " Hystérectomies vaginales. " Toutes les quatre ont été opérées pour cancer de l'utérus. Trois sont mortes de septicémie entre le troisième et le sixième jour. Chez la quatrième, il est survenu un accident opératoire dont je vous demanderai la permission de vous dire un mot. Les tissus peri-cervicaux étaient infiltrées, sclérosés. Malgré tout le soin que j'apportai à pratiquer le détachement du col, dans le premier temps de l'opération, je blessai malheureusement la vessie à laquelle je fis une entaille telle, que je dus, séance tenante, abandonner la voie vaginale, ouvrir l'abdomen et aller réparer à ciel ouvert les torts dont je m'étais rendu coupable. Tout se passa à merveille durant les deux premiers jours qui suivirent l'opération ; mes sutures vésicales tinrent bon ainsi que le démontra la quantité d'urine recueillie par un catheter que j'avais laissé à demeure. Mais, le soir du troisième jour, la température s'éleva, le pouls augmenta de fréquence et la malade mourut dans la soirée, avec tous les symptômes d'une violente septicémie.

Or, à la même époque, il passa sur presque toutes les salles

de l'hôpital, un véritable orage d'infection, causé par un cas de septicémie puerpérale venu de la maternité et admis par erreur chez nous. Deux autres malades moururent dans la même semaine de septicémie à la suite d'opérations insignifiantes, une, après une simple amputation du col, et une autre, trois jours après une hystéropexie pratiquée par mon assistant. Ce dernier, quelques jours plus tard, portait l'infection en ville chez une de ses accouchées qui faillit en mourir.

Est-ce cette infection fortuite qui détermina la mort de ma malade, ou bien, cette dernière aurait-elle été contaminée durant l'opération nécessairement longue que je lui avais pratiquée dans des conditions d'asepsie qui laissaient peut-être à désirer?... Je compte sur votre indulgence pour opiner dans le sens de ma première supposition.

Dans tous les cas, je profite de cette occasion pour vous déclarer que j'ai bien perdu de l'enthousiasme dont j'étais autrefois animé à l'endroit de l'ablation de l'utérus par la voie vaginale! Décernez-moi, si vous voulez, un brevet d'ingratitude, pour délaisser ainsi mes prédilections d'antan et brûler ce que j'adorais jadis, je n'en demeure pas moins inébranlable dans la ferme conviction que, dans la majorité des cas d'exérèse utérine, on peut toujours faire aussi vite et mieux, en choisissant le champ de bataille au-dessus du mont de Vénus.

Mes croyances, à cet égard, ont subi la même évolution que celles de mon excellent ami le Professeur Segond qui, venu chez les Américains avec l'espoir de leur faire partager les idées qu'il entretenait sur la supériorité de l'hystérectomie vaginale, est retourné en France, absolument converti à l'opinion américaine. Depuis cette époque, les partisans de l'ablation de l'utérus par le vagin ont tous plus ou moins rengainé les arguments qu'ils opposaient autrefois à ceux qui préféraient la voie abdominale, tels que: mortalité moindre de l'hystérectomie vaginale, avantage de ne pas ouvrir la cavité abdominale et surtout, l'absence de cicatrice disgracieuse sur le paroi de l'abdomen, persuadés enfin de l'inanité de cette dernière objection, car nos belles opérées, sûrement, ne pousseront jamais le décolletage assez loin pour alarmer leur coquetterie.

* * *

IV. — Arrêtons-nous un instant sur le bord de cette fosse solitaire, dissimulée dans l'ombre, comme si elle craignait, par son aspect, de raviver l'humiliation de celui qui l'a creusée.

Il y a quelques années, une jeune femme se présentait à mon bureau pour me consulter au sujet d'une fistule fécale située vers le milieu de l'abdomen entre l'ombilic et le pubis. Elle avait été opérée quelques semaines auparavant par un chirurgien de la ville pour une affection de la cavité pelvienne. On lui avait ouvert le ventre, mais la plaie se s'était jamais cicatrisée et, depuis quelque temps, des matières fécales s'échappaient abondamment par l'angle inférieur de l'incision.

Les sensations particulières dont elle se plaignait du côté du rectum firent diriger mon exploration dans cette région. En introduisant le doigt dans l'anus, je sentis un corps étranger, mollasse, sur lequel j'exerçai immédiatement quelques tractions. Comme le prestidigitateur qui retire de sa bouche des aunes de ruban dont on ne soupçonnait pas la présence, je fis graduellement l'extraction d'un pouce, deux pouces, six pouces, huit pouces d'un corps étranger, mou, flexible, couvert de matières fécales. C'était une *compresse de gaze*, oubliée dans l'abdomen par le chirurgien qui avait pratiqué l'opération. J'opérai la fistule qui guérit parfaitement, et je ne pus me défendre d'un haussement d'épaule surmonté d'un sourire de pitié, en songeant à mon confrère qui s'était rendu coupable d'une pareille maladresse. Ah! bien non, ce n'est pas à moi que semblable aventure arriverait jamais! J'avais oublié que, scandalisé un jour en songeant à l'impéritie de ceux qui oubliaient de serrer suffisamment leurs ligatures, je m'étais déjà, orgueilleusement livré à des réflexions de ce genre.

Quelque temps plus tard, j'enlevais à une jeune femme un utérus renfermant un énorme fibrome. Le soir de l'opération, l'infirmière en chef m'annonça, tout effarée que, sur les douze compresses dont nous nous étions servis, elle n'en retrouvait plus que onze. Le lendemain, je fis adroitement comprendre à mon opérée qu'il fallait lui administrer de nouveau l'anesthésie, pour lui enlever certaines sutures. Je rouvris l'abdomen et retrouvai sans peine la compresse égarée.

Généralement, quand je ferme l'abdomen à la fin d'une laparotomie, je protège les anses intestinales par une compresse dont l'extrémité inférieure dépasse l'angle de l'incision et repose sur la paroi de l'abdomen. L'ayant sans cesse sous les yeux, je la retire, avant de faire les derniers points de suture. Dans ce cas-ci, à cause du volume de la tumeur, j'avais dû pratiquer une très longue incision, et la compresse, trop courte, était enfouie tout entière dans la cavité abdominale. Je menai rapidement une suture entortillée sur les bords du péritoine soulevés par mon assistant et, par la plus coupable distraction, nous avions tous les deux oublié cette serviette, plus ou moins indispensable. La " nurse " en charge était également en faute; elle aurait dû attirer notre attention sur cet accident, même si elle n'avait entendu retentir cette question que je manque rarement de poser avant la fermeture de l'abdomen: " Avez vous toutes vos compresses? "

Bref, l'opérée ne s'en porta pas plus mal et en a été quitte pour une anesthésie supplémentaire absolument inutile.

Si, au moins, j'avais guéri de ma maladresse aussi bien que ma malade de sa tumeur! Mais, pas du tout; vous allez voir.

L'an dernier, j'opérais, dans une petite ville située dans les environs d'Ottawa, une femme atteinte d'obstruction intestinale causée par des brides dues à une péritonite tuberculeuse. A domicile, surtout dans la campagne, je redoute toujours une contamination possible de la part des aides, souvent absolument inexpérimentés, que j'ai à ma disposition. Aussi, je cherche autant que possible à tout faire moi-même: l'hémostase, le maniement des ligatures, des éponges, des compresses. Vous avouerez que c'est beaucoup, peut-être trop, pour un seul homme, surtout quand cet homme est un chirurgien, l'esprit tendu, absorbé par les détails l'une opération difficile et délicate.

Quelques jours après l'opération, le confrère qui m'avait appelé en consultation m'annonça par le téléphone que la malade avait de la fièvre, qu'elle se plaignait de douleur dans le côté droit de l'abdomen où il croyait sentir une masse rénitente, douloureuse. C'est un abcès qui se forme, lui répon-

dis-je; appliquez des fomentations chaudes, et incisez quand vous sentirez de la fluctuation. C'est ce qu'il fit, et l'ouverture de la collection donna issue à une large quantité de pus fétide.

Singulier abcès! pensais-je en moi-même; d'où cela peut-il venir? Deux semaines plus tard, nouveau message. L'abcès ne tarissait pas, la suppuration était toujours abondante.

Je fis alors un diagnostic renversant, — accordez-moi au moins ce mérite. Il y a certainement un corps étranger au fond de cette affaire; une compresse peut-être.

Je fis venir la malade à Ottawa. J'incisai sur la bosse que je sentis parfaitement et retirai, *une compresse*, toute pelotonnée, blottie, au milieu d'une cavité baignée d'un pus fétide, dans la région de l'appendice. Quelques jours après, la malade retournait chez elle, parfaitement guérie. Comme la plus grande magnanimité a toujours été un des côtés remarquables de mon caractère, je ne réclamai, au grand ébahissement du mari, aucun honoraire pour cette seconde et brillante opération.

Mais tant va la cruche à l'eau qu'à la fin elle se casse. Femme de 40 ans; jaunisse; douleur, et tumeur mal limitée, peu volumineuse, située entre l'épigastre et la région de la vésicule biliaire. Calcul dans le cholédoque probablement. J'ouvre l'abdomen et je trouve un néoplasme cancereux de la tête du pancréas que naturellement je laisse en place. Mais la vésicule est largement distendue par la bile, vraisemblablement infectée; je fais une cholécystotomie.

Après la fermeture de l'abdomen, la " nurse " m'annonce qu'il lui manque une compresse qu'elle pense être restée dans le ventre de l'opérée. Je refuse d'y croire et je l'assure qu'en cherchant bien, elle la retrouvera quelque part. Seulement, au bout de deux jours l'état de ma malade m'inspira des craintes telles, que je me décidai à rouvrir le ventre. Je cherchai longtemps la malheureuse compresse, dirigeant naturellement mes investigations vers la partie supérieure de l'abdomen. Je ne trouvai rien. A la fin, je plongeai la main dans la cavité du bassin et là, coiffant l'utérus, je découvris le corps du délit, déjà

en train de contracter des adhérences avec les tissus voisins.

La malade mourut deux jours après, de septicémie. C'est elle qui repose au fond de cette fosse où je dépose bien souvent mes regrets et mon repentir.

Si je vous ai fait la relation de ces méprises, mes amis, ce n'est certainement pas, vous me croirez sans peine, dans l'intention d'en tirer vanité. Mais, l'Evangile nous l'assure, " Omnis homo menda... " tout homme se trompe, et personne, que je sache, ne peut se flatter de pouvoir toujours réussir à se soustraire à cet axiôme qui menace tous les mortels et, il pourrait bien se faire que ce fût un jour au tour de quelqu'un d'entre vous de se trouver placé dans des circonstances analogues; or, il suffit souvent de signaler un écueil pour multiplier les chances de l'éviter.

Oublier une éponge, un instrument, une pièce de pansement dans l'abdomen d'une laparotomisée, est un accident apparemment si bête, qu'il parait inconcevable qu'il puisse survenir dans la pratique d'un chirurgien tant soit peu attentif. Pourtant, les relations de faits de ce genre fourmillent dans la littérature médicale. Permettez-moi de vous en citer quelques-uns que je choisis, à dessein, parmi ceux qui tendent à montrer la somme de tolérance dont le péritoine fait preuve dans certains cas, et la sollicitude avec laquelle la nature protège quelquefois le chirurgien contre les conséquences des fautes qu'il a commises.

Un chirurgien de Syracuse est un jour appelé pour voir en consultation une femme qui, quatre mois auparavant, avait subi, dans un grand hôpital de New York, l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale. La convalescence avait suivi son cours naturel et la malade était retournée chez elle, n'emportant comme souvenir de son opération qu'une fistulette apparemment insignifiante, située sur la ligne médiane. Pendant plusieurs mois, tout se passa sans le moindre nuage, mais vers la fin de juillet, quatre mois après l'opération, elle éprouva des malaises, de la céphalalgie, quelques petits frissons et un peu d'élévation de la température le soir. Ces symptômes s'aggravèrent graduellement et furent bien-

tôt accompagnés de douleurs abdominales paroxystiques, localisées principalement dans la fosse iliaque droite où on pût constater la présence d'une tumeur mollasse, sensible et de la grosseur du poing. Alarmés de ces phénomènes étranges dont il était difficile de fixer la nature, les médecins ordinaires de la malade télégraphièrent à New York, pour avoir l'avis du chirurgien qui avait pratiqué l'opération; mais ce dernier était en vacances en Europe. On attendit donc; on prescrivit des applications locales d'iode, agrémentées de préparations toniques de tous genres. "Mirabile dictu!" les symptômes disparurent peu à peu et finalement, vers la fin d'août, tout rentra dans l'ordre, à l'exception de la petite fistule qui s'obstinait à demeurer béante.

Trois semaines plus tard, de nouveaux accidents firent leur apparition: vomissements incoercibles, nausées continuelles, constipation opiniâtre, douleurs abdominales situées maintenant dans la région iliaque *gauche*, en un mot, tous les signes d'une occlusion intestinale. La tumeur du côté droit avait disparu; mais il en existait une autre, offrant à peu près les mêmes caractères que la première, et occupant toute la partie inférieure gauche de l'abdomen. On décida de pratiquer le lendemain une laparotomie d'urgence; mais, pendant la nuit, la malade passa par le rectum... une large compresse, repliée plusieurs fois sur elle-même, et couverte de matières fécales. Cette compresse avait séjourné six mois dans l'abdomen et donné lieu à la série de phénomènes que j'ai énumérés; finalement, après s'être frayée par effraction un chemin dans l'intestin, elle avait été rejetée au dehors par les seuls efforts intelligents de dame nature, aidée de la Providence qui, évidemment, veillait avec la plus tendre sollicitude sur les destinées de cette malade privilégiée.

Merttens, de Dusseldorf, rapporte le cas d'une jeune femme de 28 ans qui, peu de temps après avoir été laparotomisée pour lésions suppurées des annexes, présenta des symptômes de sténose intestinale, accompagnés de coliques violentes dans la région de l'ombilic. L'examen fit découvrir à ce niveau, une tumeur cylindrique, dirigée tranversalement et qui se laissait mobiliser dans tous les sens avec la plus grande facilité.

Une nouvelle laparotomie, pratiquée cinq mois après la première, permit de constater que la tumeur était constituée par un segment d'intestin grêle fortement distendu, de consistance pâteuse. En amont de la tumeur, l'intestin paraissait absolument normal; mais, au-dessous, les anses se perdaient au milieu d'une masse d'adhérences situées dans la fosse iliaque droite. Comme Merttens cherchait à détruire ces adhérences, il se fit une déchirure transversale et presque totale de l'intestin au niveau de la limite supérieure de la tumeur. On s'aperçut, alors, que celle-ci était constituée par une grande compresse de gaze, fortement tassée dans la lumière de l'intestin et imbibée de matières fécales. Extraction de la compresse; résection de toute la portion d'intestin en voie de gangrène; entéro-anastomose terminale circulaire. Guérison complète au bout d'un mois. La compresse, oubliée dans le ventre de la malade au cours de la première opération, avait dû d'abord donner lieu à un abcès péritonéal enkysté; celui-ci s'était ensuite ouvert dans une anse d'intestin dans laquelle, grâce aux mouvements péristaltiques, la compresse s'était peu à peu engagée tout entière Puis la communication entre l'abcès péritonéal et l'intestin s'étant refermée, la compresse s'était trouvée uniquement et totalement incluse dans la cavité intestinale, occasionnant les symptômes d'obstruction qui avaient nécessité la deuxième intervention.

Chaput, dans une communication faite en 1900 à la séance du 12 décembre de la Société de Chirurgie, rapporte l'observation de la femme d'un confrère, atteinte d'une fistule pyostercorale. Cette malade avait déjà subi trois laparotomies; deux pour grossesse extra-utérine et une troisième pour hernie ventrale. C'est à la suite de cette dernière intervention qui datait de *sept ans*, que s'était produite la fistule pyo-stercorale pour laquelle Chaput pratiqua une quatrième laparotomie. L'ouverture de l'abdomen lui fit découvrir une volumineuse tumeur, constituée par une anse intestinale qui paraissait au premier abord être le siège d'un néoplasme. Une incision longitudinale lui permit d'extraire une compresse de vingt pouces carrés. Après avoir suturé la plaie intestinale et

fermé également l'orifice fistuleux, il termina l'opération en drainant la cavité abdominale. La malade guérit très simplement.

Enfin, en 1902, Pilate et Michaux rapportèrent deux cas analogues. Dans l'un, la compresse s'élimina par l'anus et dans le second cas, Michaux dut réséquer l'intestin à cause des altérations produites par le corps étranger.

Ces cas, Messieurs, constituent une confirmation clinique de l'exactitude des expériences intéressantes qui ont permis à M. Jalaguier et à M. Mauclaire d'étudier la migration dans l'intestin de compresses abandonnées dans le péritoine chez certains animaux.

* * *

V. — Maintenant, Messieurs, si vous le voulez bien, prenons cette allée à droite, et inclinons-nous en passant, sur la tombe de ces deux pauvres vieilles, mortes à la suite d'opération pour *hernie ventrale*. Toutes les deux ont succombé à des accidents analogues: fistules au niveau de l'intestin grêle.

Chez la première, affligée depuis huit ans d'une énorme hernie survenue après une laparotomie, je trouvai les anses intestinales adhérentes et extrêmement fragiles. Malgré la prudence que j'apportai à détacher ces adhérences, l'intestin se déchira en plusieurs endroits. J'appliquai des sutures partout, mais, quelques jours après l'opération, des trajets fistuleux s'établirent, les matières contenues dans le petit intestin s'écoulèrent continuellement et la malade mourut d'épuisement.

Chez la seconde malade, l'opération n'avait pas été si laborieuse; aussi, je me demande encore quelle a bien pu être la cause de la fistule intestinale, laquelle fut suivie du même désastreux résultat.

* * *

VI. — Mais, que signifient cette multitude de croix! ces rangées de cercueils et de pierres tombales? Sommes-nous donc dans les catacombes ou dans une nécropole égyptienne, ou plutôt, transportés déjà dans la vallée de Josaphat où l'on nous promet que le Souverain Juge viendra, au son de la

trompette, démasquer enfin les hypocrisies humaines? Non; c'est le caveau où dorment de leur dernier sommeil les malheureux qui, atteints d'*appendicite ou d'obstruction intestinale*, ont passé, malgré ou à cause de l'intervention, de la table d'opération au tombeau. Treize obstructions intestinales; dix appendicites; vingt-trois victimes! Je m'étais bien promis de ne pas divulguer mes statistiques mortuaires, mais je me risque, en me recommandant à votre clémence.

Sur 1000 opérations chirurgicales, j'ai eu 59 morts; disons 60 en chiffres ronds; du reste, rien ne m'assure que quelques blessés ne sont pas allés mourir ailleurs à mon insu.

Or, sur ces 60 morts, 13 ont succombé à la suite d'occlusion intestinale, c'est-à-dire, près de 22 %!... Et si je mettais maintenant en regard de ce pourcentage, le chiffre total de ceux que j'ai opérés pour cette redoutable maladie, le petit nombre de ceux qui restent vous ferait frémir!

Aussi, je considère l'obstruction intestinale aiguë comme le plus formidable accident que le chirurgien puisse rencontrer sur son chemin et les résultats de l'intervention par le bistouri dans les cas de ce genre constituent entre les mains de tous un véritable opprobre pour la chirurgie. Pourquoi?... Parce que quelle que soit la cause qui produise l'obstruction, l'opération est toujours pratiquée trop tard. Il est vraiment étonnant de constater parfois l'étendue et la gravité des dégâts que nous rencontrons déjà à l'ouverture de l'abdomen, malgré la bénignité relative des symptômes subjectifs présentés par le malade, et il m'est arrivé plusieurs fois de trouver l'intestin perforé et une quantité considérable de matières fécales épanchées dans la cavité abdominale, chez des opérés qui paraissaient avant l'opération, dans des conditions générales comparativement satisfaisantes.

Aussi, s'il m'était permis de vous donner un avis, je vous dirais: dans toute obstruction intestinale aiguë, ne vous attardez jamais dans l'espérance illusoire d'une débâcle spontanée ou dans la recherche d'un diagnostic étiologique que vous ferez bien plus sûrement quand vous aurez les lésions sous les yeux; mais ouvrez de suite l'abdomen; quatre jours, trois

jours après le début des accidents, rengainez votre couteau ou bien attendez-vous à un échec.

Ici, nous sommes en pays de connaissance; c'est la partie du caveau reservée à ceux qui sont morts à la suite d'*appendectomie*. Il y en a dix. C'est beaucoup peut-être, mais relativement peu, si l'on prend en considération le nombre considérable d'appendicites que j'ai opérées.

Voyons un peu dans quelles circonstances ces malades sont morts:

No 1. — Jeune fille de 16 ans, opérée à la campagne au 7ème jour de la maladie. Profonde intoxication. Température: 104. Abcès peri-appendiculaire. Appendice enlevé. Drainage à la gaze iodoformée. Morte deux jours après l'opération.

No 2. — Petite fille de 9 ans. Début fulgurant. Opérée le deuxième jour. Péritonite purulente diffuse; du pus partout. Résection de l'appendice gangrené. Drainage. Morte au bout de quatre jours.

No 3. — Jeune homme de 15 ans. Je le vis en consultation au quatrième jour de la maladie et conseillai fortement l'opération qui fut refusée. Après quelques jours d'accalmie, les symptômes reprirent leur intensité et je fus appelé pour opérer. La maladie avait atteint le septième jour; je trouvai le malade en pleine péritonite. Appendectomie. L'abdomen était rempli de pus que je vis soudre à travers toutes les anses intestinales. Mort dans les vingt-quatre heures.

No 4. — Homme de 24 ans, amené à l'hôpital deux jours après le début d'une appendicite qui avait pris de suite les allures d'une péritonite généralisée. L'abdomen était énormément distendu. Je trouvai une perforation du coecum, tout près de la valvule de Gerlach. Les anses intestinales étaient agglutinées par de la lymphe, mais pas de collection purulente. Je fermai la perforation par une suture sero-séreuse, et crus ne pas devoir aller à la recherche de l'appendice. J'introduisis des bandes de gaze iodoformée. Le malade mourut au bout de quelques heures.

No 5. — Homme de 37 ans. Refuse l'opération dans les

premiers jours. La réclame le quatorzième jour. Abcès occupant toute la fosse iliaque. Evacuation du pus, drainage. Appendice laissé en place. Va de mal en pis et meurt au bout de plusieurs jours, de pyémie.

No 6. —Homme âgé de 40 ans. Même histoire. Refuse l'opération au début. Opéré le dixième jour. Appendice gangrené. Abdomen rempli de pus. Meurt douze jours après l'opération, de pyémie accompagnée de la courbe thermométrique intermittente caractéristique.

No 7. — Homme de 37 ans. Début brusque par une vive douleur dans la fosse iliaque. Un médecin consulté crut à une simple indigestion et prescrivit un purgatif. Les symptômes s'aggravèrent et il entra à l'hôpital, où il fut opéré le quatrième jour. Appendice gangrené et perforé. Pas de pus. Résection de l'appendice; drainage. Mort, trois jours après, de péritonite septique.

No 8. — Dentiste âgé de 29 ans. Entre à l'hôpital quatre jours après le début de sa maladie. Appendectomie. Appendice gangrené. Collection purulente dans le bassin. Drainage. Mort le troisième jour, de septicémie.

No 9. — Homme de 40 ans. Entre à l'hôpital et est opéré le troisième jour. Appendice gangrené. Pas de pus. Résection de l'appendice et fermeture de l'abdomen sans drainage. Tout va bien pendant quelques jours, mais bientôt, la marche de la température me fait soupçonner une retention du pus quelque part. Je désunis la plaie, et l'examen de la cavité abdominale demeure entièrement négatif. Les symptômes s'aggravent. Tous les soirs, la température s'élève à 105, précédée d'un frisson intense. Seize mille leucocytes à l'examen hématologique. Mort le vingt-unième jour. A l'autopsie, nous ne trouvâmes rien de remarquable dans la fosse iliaque, la région pericœcale apparut à l'état normal. Après bien des recherches, on découvrit un large abcès métastatique entre les feuillets du mésentère de l'intestin grèle, à la partie supérieure de la cavité abdominale. La poche contenait une large quantité de pus verdâtre et fétide et paraissait close de toute part, n'offrant aucune communication avec la région de l'appendice.

No 10. — J'ai gardé pour la dernière, mes amis, l'histoire de cette petite tombe d'enfant, toute humide encore des larmes de la pauvre mère. Je l'aimais moi-même tendrement ce charmant petit homme de 12 ans. Aussi, ce fut avec une véritable angoisse, qu'appelé un jour pour lui donner mes soins, je constatai qu'il était atteint d'appendicite aiguë.

Je m'empresse de vous déclarer, Messieurs, que je me suis rangé, depuis longtemps, au nombre des chirurgiens qui sont intimement convaincus que l'appendicite doit être considérée comme une affection essentiellement du ressort de la chirurgie et que, par conséquent, *dans presque tous les cas, on doit avoir recours à l'opération, pourvu que l'on soit appelé dès les premiers jours de la maladie.* Je sais bien qu'un grand nombre d'appendicites peuvent se terminer spontanément par la guérison et avec le seul secours d'un traitement médical, mais, à quels signes reconnaître au début les cas qui devront suivre cette marche favorable? Les cas qui devront demeurer bénins et ceux qui doivent aboutir à une péritonite mortelle débutent souvent avec les mêmes allures. Si vous vous retranchez derrière une expectation armée et que vous attendiez témérairement la lutte, je vous plains: l'avenir vous ménagera de bien douloureuses surprises! Cherchez plutôt votre salut dans la fuite, enlevez sans tarder pendant qu'il en est temps le corps du délit, refusez le combat; c'est plus lâche peut-être mais plus sûr, croyez-moi.

Cependant, ce simple mot " d'opération " retentit toujours d'une manière formidable aux oreilles du malade et de son entourage, et le chirurgien est toujours inondé de torrents de remerciments et de reconnaissance, quand il déclare que l'opération n'est pas nécessaire.

Je connaissais, à ce sujet, les sentiments de terreur qui animaient mon petit malade ainsi que ses parents; la maladie, d'ailleurs, s'annonçait avec des symptômes mitigés: peu de fièvre, douleurs modérées, état général satisfaisant. Bref, je résolus de risquer l'expectation; pour une fois, je n'aurais sûrement pas lieu de m'en repentir.

Pendant toute une semaine, les choses allèrent à merveille

et je me félécitais d'avoir pu me rendre si agréable à toute la famille, quand, le soir du huitième jour, j'appris par le téléphone que la température marquait 103; que le petit malade vomissait et était en proie à la plus grande détresse. J'accourus et me trouvai en présence de tous les symptômes d'une péritonite généralisée! Le malade fût transporté à l'hôpital et l'opération pratiquée le plus tôt possible. Toute la cavité abdominale était remplie de pus fétide. L'appendice, ni gangrené, ni perforé, était adhérent du côté du bassin. Résection et drainage. Mort au boût de quelques heures.

Cette amère leçon, mes amis, ne sortira jamais de ma mémoire. Que les interventionnistes et les non-interventionnistes continuent, s'ils le veulent, à chercher la solution de leur éternel problème; qu'ils amassent, de part et d'autres, les arguments les plus ingénieux à l'appui de leur opinion respective, quant à moi, je ne fais plus partie de la lutte et, *toutes les fois que je rencontrerai une appendicite n'ayant pas encore franchi la fin du troisième jour, je proposerai l'opération, quelle que soit la fermeté de mon diagnostic, car, même si ce dernier est encore hésitant, j'aurai, en opérant, tout à gagner et rien à perdre.*

— Maintenant, Messieurs, quelle influence a pu avoir l'opération sur la mortalité des cas que je viens de relater?

C'est difficile à dire. Cependant, vous me permettrez bien de croire que ces malades ont simplement continué à mourir, malgré l'opération qu'ils ont subie et, si on avait permis à la maladie de suivre son cours, le résultat final eût été le même. Et combien de ces malades seraient peut-être encore vivants si, au lieu de recourir à l'intervention chirurgicale alors que l'organisme était saturé de produits septiques, l'appendice avait eté enlevé dès l'apparition des premiers symptômes!

D'où vienent, je vous le demande, tous ces cas d'appendicite? Cette maladie est-elle simplement ce qu'on appelait jadis: pérityphlite, inflammation d'intestin, péritonite? Je ne le crois pas. Le nombre en est vraiment prodigieux et semble s'accroître de jour en jour.

Puisque nous ne sommes pas responsables des fléaux qui affligent l'humanité, je me risque à exprimer l'espérance que

cette maladie n'est pas de sitôt destinée à disparaître. Elle [illegible] presque à elle seule à faire vivre le médecin! Puis, guidés par l'expérience, nous pourrons peut-être bientôt nous flatter d'avoir réduit à néant, dans le traitement chirurgical de l'appendicite, la mortalité de nos statistiques opératoires. Ce sera, alors, l'âge d'or de la chirurgie abdominale! Malheureusement, tous les médecins, autorisés ou non et protégés par l'antisepsie, sinon par leurs connaissances chirurgicales, voudront y aller de leur petit coup de couteau et nous, pauvres gynécologues spécialistes, victimes de l'application injuste d'une sorte de doctrine de Munro et chassés d'une partie d'un territoire que nous réclamons par droit de conquête, nous nous verrons relégués dans nos derniers retranchements, n'ayant pour toute consolation que notre expérience méconnue. Heureusement qu'il restera toujours, pour apaiser notre soif, *quelques femmes fatiguées de leurs ovaires ou soupirant après la restitution des dimensions virginales de leurs organes relâchés.*

* * *

Mes chers amis, je termine ici cette excursion macabre dans laquelle vous avez eu l'obligeance de m'accompagner. C'est avec un sentiment de véritable soulagement que je quitte ce séjour endeuillé où sont ensevelies, avec mes pauvres morts, les impressions douloureuses que j'éprouvais, les angoisses qui torturaient mon âme quand, face à face avec moi-même après la perte d'un opéré, je me sentais entraîné à me poser le problème de ma responsabilité directe dans la catastrophe.

Dans l'espoir de vous intéresser, je vous ai fait une confession sincère de mes échecs et, ne cherchant en aucune façon à me soustraire au châtiment que mérite ma culpabilité, sans proférer le moindre murmure ni même invoquer le bénéfice des circonstances atténuantes, je me condamne moi-même... à être lapidé.

Cependant, contrit, humilié, l'instinct de la conservation et l'espérance d'échapper peut-être au sort qui me menace, m'invitent à chercher le salut dans cette humble prière:

Que le chirurgien qui ne porte pas lui-même un petit cimetière dans un coin de sa mémoire, me jette la première pierre!